أزهر ١

: السادة الأطباء والطبيبات

قبل أن أشرع في عرض فكرتي أحب أن أصارحكم ببعض الحقائق العارية التي أري ضرورة أن نبني عليها مشروعنا المستقبلي أولا .. مع احترامي الشديد لكل النضالات في موضوع الكادر فهو قطعا ليس الحل وإن كان يمثل حقا لاجدال فيه رغم قناعتي أن . المطالبات المرفوعة ليست علي المستوي المنشود

! الكادر ليس الحل الذي ينبغي البدء به

ببساطة اذا تم تعويض الطبيب ماديا بآلاف الجنيهات ولم تتغير منظومة العلاج ومنظومة التدريب بل وسياسات الصحة في مصر فلن يتغير وضع العمل الطبي في مصر خطوة واحدة الي الامام

اذا بقيت مستشفياتنا في حالتها المأساوية الحالية وبقيت الفوضي الحالية فلن تؤثر اي .أموال يتقاضاها الطبيب وسيظل يهان ويضرب ويعتدي عليه

حالنا يشبه من طلبوا منه السفر لاسوان مشيا وقد اغدقوا عليه الاموال .. أني تفلح ؟ .تلزمك الوسيلة ياعزيزي المسافر

حسنا .. أنت تعمل الآن بمبلغ عشرة آلاف جنيه تتقاضاها شهريا !لكن الاستقبال الذي تعمل فيه لايحتوي علي اي من أجهزة الفحص الطبي .. هذا يعني بكل بساطة ان أهل كل الحالات التي تحتاج فحصا طبيا بأحد هذه الأجهزة سيسمعوك ماتكره وسيحاول بعضهم الاعتداء عليك فضلا عن أن قضاءك 5 أو 10 سنوات في ذلك المستشفي لن يغير !! من معرفتك الطبية شيئا إلي الأفضل

ما أريد أن أؤكد عليه هو أن ترتفع مطالبنا بخطة واضحة ومطالب محددة يكون تنفيذها مؤثرا علي القطاع الصحي والعاملين فيه تأثيرا مباشرا .. قطعا الكادر هو أحد تلك .المطالب لكن لن يغني وحده أبدا

ثلاثة أسئلة تحاول الخطة أن تجيب عليها :1- السؤال الأزلي الذي يسأله المواطن (المصري حين يمرض (أروح فين؟

أذكر أن إحدي قريباتي دونت مصاريف المواصلات التي أنفقتها علي تنقلاتها من وإلي مستشفي الدمرداش حيث أجرت عملية قلب مفتوح لتكتشف أنها قاربت الرقم الذي .رفضت دفعه في أحد المراكز الخاصة لاجراء نفس العملية

وقد رفضت أنا شخصيا دفع مبلغ ما لاجراء عملية زرع كلية لوالدي بأحد المستشفيات الألمانية لضخامة المبلغ وبعد حساب الأموال التي أنفقناها علي علاج مضاعفات مابعد .زراعة الكلية وجدت أننا مدينون فقط بثلث المبلغ الذي رفضته سابقا ناهيك عما قد دفعناه

كل هذا يشير إلي الحاجة الماسة والآكدة لـ(إعادة توزيع مؤسسات العلاج) بهيكلة جديد مرنة تساعد الإنسان (المريض) علي الاستشفاء دون تعقيدات وبصورة سلسة ومفهومة ،

كما تساعد الإنسان (الطبيب)علي نيل فرصة تدريبية محترمة تصقل مهاراته دون أن تفقده آدميته وكرامته ودون أن تحرمه التواجد بجوار أهله وعائلته

2- السؤال الأزلي الثاني الذي يسأله الطبيب لنفسه بعد تخرجه (هروح فين؟) أنت لاتريد مثلي أن تستحضر تلك اللحظات الكريهة التي أوصلتك إلي وزارة الصحة حيث يجري تكليفك مثلا بالوحدة الصحية بالمحمدية التابعة لمركز كفر سعد بمحافظة دمياط ، تلك المنشأة التي لاتصلها إلا التكاتك وتعوي الريح بها ليلا فيرتجف قلبك وأنت تغلق علي نفسك بابا ربطته (بالجنزير!!) خوفا من اقتحام أحد ما عليك غرفتك !!

الحقيقة أنني كنت أخشي من العفاريت التي كنت واثقا من ضرورة تواجدها في مثل هذا المكان .. صدقني لن تجد مكانا أفضل من هذه القرية المقطوعة وسط الزراعات .

طبعا لن أتحدث عن فرصة التدريب في أحد مستشفيات وزارة الصحة العظيمة (حيث تعوي الذئاب) وكل هذا الاحباط يقودنا إلي الركن الثاني من أركان المشروع وهو (منظومة تدريب مهنية موحدة بالمعايير العالمية لكل أطباء مصر)

لكن الفكرة التي تبثها خطتنا أن هذه المنظومة مرتبطة بفكرة إعادة التوزيع عن طريق (تصنيف المستشفيات من الناحية التدريبية)

3- السؤال الأزلي الثالث الذي يسأله المسئولون عن قطاع الصحة في مصر حين يفيقون أحيانا من سباتهم العميق ليشاهدوا مباراة كرة قدم ثم يقطع أحدهم مزاج البيه بتليفون يحمل إليه خبرا سيئا عن مستشفي أو وحدة صحية فيكرر سعادته تساؤله الذي يتردد صداه دون جواب (هنجيبلهم فلوس منين ؟)

حسنا ياعزيزي الطبيب نحن نطرح بعضا من (اقتراحات لتمويل قطاع الصحة) بصورة جديدة تعتمد علي المشاركة المجتمعية التي لاتلغي دور الدولة لكنها تساعده حتي يشتد عوده.

المحور الأول : إعادة توزيع المنشآت العلاجية

دعونا نتساءل : ماهي المنشآت التي تقدم خدمة علاجية في الوقت الحاضر ؟
وحدات صحية بائسة لاتصلح لشيء اللهم إلا بعض الثرثرة وتناول الفول والطعمية ،
مستشفيات مركزية يسبب الذهاب اليها غالبا شيئا من العته بسبب قلة الامكانيات والفقر المدقع أو مستشفيات جامعية وتعليمية يهرع الكل اليها ليتجاور المريضان في سرير ويتحول الطبيب الي آلة لتسجيل الحالات كما في اقسام الباطنة وغيرها السؤال هاهنا ..
هل استفاد أي من الأطراف الثلاثة من هذه المؤسسات ؟

أعني المريض ، الطبيب والدولة .قطعا لا .. المستفيد الوحيد هو أصحاب المستشفيات الخاصة ، لذلك لابد من اعادة توزيع المؤسسات العلاجية بصورة (توزيع ، تكثيف ، (تكامل) وهي ما أتبناه بفكرة (المقاطعات الصحية

الفكرة تتمثل في تقسيم المحافظات الي مقاطعات حيث تشمل كل مقاطعة عددا من المراكز المتجاورة بصورة قريبة جغرافيا وتجمعها سياسة عمل صحي واحدة ويتم التنسيق فيما بينها بحيث نستطيع توفير الخدمة الصحية وهو نظام قريب جدا لما تقوم به الحكومة . الالمانية في القطاع الصحي

لنضرب مثالا يوضح الفكرة : تتكون محافظة الشرقية من 15 مدينة ومركزا .. في الظروف الحالية بكل مدينة ادارة صحية تشرف علي مجموعة من الوحدات الصحية وغالبا مايكون بالمدينة مستشفي مركزي وربما بعض المستوصفات الخاصة وبالطبع كثير من .العيادات
المستشفيات المركزية في الاعم الاغلب عديمة القيمة والحقيقة ان الحالات التي تحتاج الي عمل طبي جاد امامها احتمالين لاثالث لهما

الاول ان تستطيع انفاق آلاف الجنيهات علي العلاج ، والثاني ان تذهب الي مستشفي .الجامعة وتنتظر قدر ربها هناك

يمكننا تقسيم الشرقية الي خمس مقاطعات من الناحية الصحية وضم مركزين الي مقاطعات صحية بمحافظات اخري نظرا للقرب الجغرافي

المقاطعة الشمالية (الحسينية وأولاد صقر) ، المقاطعة الشرقية (فاقوس والصالحية) ، مقاطعة الوسط (أبوكبير ، ههيا ، الابراهيمية و كفر صقر) ، مقاطعة العاصمة (أبوحماد والزقازيق) والمقاطعة الجنوبية (بلبيس ، مشتول والعاشر من رمضان)نظرا لقرب ديرب من .السينبلاوين يقترح ضمها الي مقاطعتها وكذلك منيا القمح الي مدينة بنها

بهذه الطريقة أمكن توزيع الحمل الصحي للمحافظة ويمكن بتحسين المنشآت علي النحو الذي سيأتي شرحه (تكثيف) الخدمة الصحية مع امكانية أعلي للتكامل والتنسيق سنقوم .بشرحه حالا

الهدف تخفيف الحمل عن طريق التوزيع ثم الالتفات لكل قسم علي حدة وتحسين الخدمة الصحية مع تركيز أماكن الخدمة وتحديدها

وفكرة (المقاطعة الصحية) يؤازرها بالاساس فكرة (تصنيف المستشفيات) حسب نوع الخدمة المقدمة وعدد سنوات التدريب التي يمكن لمتدرب الزمالة الوطنية من قضائها في .ذلك المستشفي

في أغلب دول العالم فإن الزمالة في الجزء العام من أي تخصص تستغرق 5 سنوات ثم يزاد من سنة الي سنتين بصورة تخصصية.

وعليه فان المقترح أن يتم تصنيف مستشفياتنا بأرقام من 1 إلي 7 حيث الرقم يشير إلي عدد السنوات التي يستطيع متدرب الزمالة قضائها في ذلك المستشفي.

هذا التصنيف يتوقف علي 3 عوامل : نوعية الخدمة الصحية المقدمة سواء أساسية ، عامة أو متقدمة .عدد السنوات التي يمكن لمتدرب الزمالة الوطنية قضاءها في ذلك المستشفي و تجهيزات المنشأة الطبية.

خطة المرحلة الأولي (1-3-5)

المقاطعة هي مجموعة مدن وبالطبع تتبع كل مدينة مجموعة من القري.

وعليه فإن الفكرة تتمثل في الانتفاع بالمؤسسات الحالية علي أن يكون :لكل وحدة محلية مستشفي قروي يحمل الرقم التصنيفي 1 ، لكل مركز أو مدينة مستشفي مركزي يحمل الرقم التصنيفي 3 ثم لكل مقاطعة مركز خدمات طبي يحمل الرقم التصنيفي 5

حسنا مالذي تعنيه هذه الأرقام ؟
وكيف يعمل نظام المقاطعة الصحية بخطة **(1-3-5)** ؟

المستشفي القروي الذي يحمل الرقم التصنيفي **1** مهامه كالتالي :
خدمات الطواريء العاجلة التي يمكن مناجزتها دون خطورة كبيرة مثل التهابات الزائدة الدودية ، حالات الولادة الطبيعية ، الكسور البسيطة والمتوسطة ... الخ.

مناجزة الحالات البسيطة في كل تخصص والتي لاتحتاج الي حجز المريض ويمكن توصيف علاج منزلي لها مثل حالات الالتهابات البسيطة كالنزلات المعوية ونزلات البرد وأمثالها .
مناجزة الحالات المهددة للحياة والتي تحتاج تدخلا عاجلا أو استقبال الحالة الحرجة وتجهيزها ليتم نقلها الي مستشفي 3 أو مستشفي 5 مثل حالات النزيف والجلطات المخية والقلبية ... الخ.
يعمل في المستشفي القروي أخصائيون ونواب مقيمون أمضوا علي الاقل تدريبا لمدة ستة أشهر في مستشفي 3 ويعمل المقيمون تحت اشراف الاخصائيين.
في كل الاحوال فان الاستشاريين في مستشفيات 3 و 5 يبقون علي اتصال دائم تحسبا للطواريء.
يجهز المستشفي بمعمل ، وحدة تشخيص أشعة وسونار ، غرفتي عمليات ، جهاز تنفس صناعي وحضانات لنقل الحالات الطارئة.

يحتوي المستشفي علي خمسة اقسام رئيسية هي الباطنة والجراحة والعظام والنسا والاطفال

<u>المستشفي المركزي الذي يحمل الرقم التصنيفي **3**</u> مهامه كالتالي

علاج الحالات المتوسطة في كل تخصص والتي تحتاج الي حجز في المستشفي أو الي: تشخيص تقني عن طريق آلات فحص متطورة
يحتوي علي عدد أسرة كبير نسبيا وبه وحدات للرعاية المتوسطة وهو يخدم مدينة بقراها .ويمكن للطبيب أن يقضي به ثلاث سنوات تدريبية في برنامج الزمالة الوطني

. يعمل به استشاريون وأخصائيون ونواب مقيمون

<u>مركز خدمات المقاطعة **(**المستشفي الذي يحمل الرقم التصنيفي **5)**</u> مهامه كالتالي

تقديم خدمة صحية متكاملة ومتقدمة في شتي التخصصات الطبية القيام بشتي أنواع التداخلات العلاجية الجراحية وغيرها للحالات المعقدة التي تحتاج مهارات خاصة مثل حالات قسطرة القلب وحالات استئصال الاورام

يحتوي علي مركز لرعاية الحالات الحرجة (الرعاية الفائقة) يخدم مجموعة من المراكز ويتم انشاؤه في موقع جغرافي يسهل الوصول اليه من المراكز المجاورة

يشرف علي جميع المستشفيات رقم 3 وكذلك رقم 1 ويكون مسئولا عن تقديم المساعدة العاجلة لها
.يمكن للطبيب التدرب فيه حتي السنة الخامسة من برنامج الزمالة الوطنية

<u>حسنا مالذي يشير إليه الرقم التصنيفي **7** ؟</u>
الرقم يشير إلي المستشفيات التي تشمل المراكز التخصصية كما هو الحال مثلا في ـ معهد ناصر أو المستشفيات الجامعية وفي هذ الخطة فإن لكل مجموعة محافظات المراكز التخصصية التي تخدمها مثل معاهد القلب ومراكز الاورام ومؤسسات الطب النفسي .ومراكز الجراحات الدقيقة

ولابد من تبني سياسة حازمة بحيث تختص هذه المراكز الطبية المتخصصة بتوزيع جغرافي متوازن سكانيا بحيث يمكننا تقديم كلا الخدمتين العلاجية والتدريبية علي أفضل .مستوي

السؤال الآن **:** كيف يعمل هذا النظام الصحي ؟

لنفترض ان مريضا أصبح يشتكي من آلام المعدة وأعراض النزلة المعوية الحادة .. مثل هذا المريض يمكن لطبيب المستشفي 1 أن يصف له علاجا يحصل عليه بكل سهولة طالما بقيت الحالة في حدود السيطرة .. لكن مريضا مماثلا يشتكي كذلك من علامات قيء دموي سيتوجب علي طبيب المستشفي 1 أن يجهزه لينتقل إلي المستشفي 3 عن طريق خدمة الاسعاف وهناك يمكن لأطباء المستشفي 3 أن يسيطروا علي الحالة.

نفس الحالة ولكن مع زيادة احتياجها لسرير رعاية مركزة سيتم التواصل مع مركز خدمات المقاطعة المستشفي 5 لتوفير الخدمة الطبية اللازمة.

وجدير بالذكر أن هذا المريض إذا تم تشخيصه مثلا كمصاب بسرطان الكبد مثلا ويحتاج إلي جرعات كيماوية أو غيرها فسيتم تحويله من مركز خدمات المقاطعة إلي مركز تخصصي للأورام مستشفي 7.

وهكذا بهذا التنسيق يمكننا توزيع الحمل وتكثيف الخدمة فضلا عن كون طريق الخدمة واضحة المعالم بنظام ثابت وتنسيق عالي.ث

مة ملاحظات لايفوتني كتابتها

1- أن الوحدات الصحية تصلح للاستفادة منها كأماكن مساندة للخطط العلاجية فتصبح مراكز للطب الوقائي والتطعيمات ومتابعات الحمل وقياس الضغط والسكر الدوريين وصرف الادوية للمرض المزمنين وبهذا يمكننا البدء في جيش احصائي للوزارة ممثلا في المرضين والموظفين الموجودون بهذه الوحدات.2

– أنه لابديل لنا عند تحسين المنشآت الطبية من ادخال انظمة بيانات الكمبيوتر العالمية ويجب ان يتوقف عصر اسهال الاوراق وضياع الملفات .. ميزانية الاوراق ليست باقل من ميزانية التحديث الرقمي ياسادة 3

– خدمات الاسعاف المحترمة هي عصب الانظمة الصحية المتطورة والمتقدمة والحقيقة ان احتكاكي بالاسعاف الالماني وخدمات نقل المرضي هناك يجعلني منبهرا بالاداء العالي والتنظيم الراقي لهم

4- لابد من قانون حازم يسري علي العيادات الخاصة وأطباءها ... وتفاصيل ذلك أعددتها كذلك لكن لاأرغب في الاطالة هاهنا .

المحور الثاني : انشاء منظومة تدريب طبية بمعايير عالمية

دعونا نسأل أنفسنا كيف يتم تدريب الطبيب المصري ؟

وجود الوحدات الصحية في النظام الحالي جعلها أول محطات الاطباء بعد فترة الامتياز فيما يسمي بتكليف الاطباء ... وحدات الرعاية الصحية الاساسية كما يسمونها الواقع المزري يقول انك تقضي في هذه المقابر التي لاتعالج مريضا ولا تدرب طبيبا وانما هي كيانات وهمية العمل يدار فيها تماما كما لو كانت مخازن (تطوير العمل فيها قدمناه في المحور الاول في خطة اعادة التوزيع) ... يقضي الطبيب حديث التخرج في هذه المقابر النائية سنةعلي الاقل غير مسموح له فيها باي من صور الترقي العلمي مثل الماجستير أو الدبلومة

نسبة ١٠ ٪ من الاطباء يتم انتدابهم للعمل بالمستشفيات الجامعية وهي الفرصة الاروع في هذا الواقع المزري أما بقية الزملاء فينتظرون (حركة النيابات) والتي هي للأسف مجرد انتداب للعمل طبيب مقيم في أحد مستشفيات وزارة الصحة المهترئة .. يمكنه التسجيل لنيل درجة الماجستير وبعدها الدكتوراة (أحيانا) .. بعد الماجستير يحصل الطبيب علي درجة الاخصائي ومن بعدها درجة الاستشاري والسؤال .. هل يتدرب الطبيب حقا ؟

الحقيقة أن هذا النظام لاينشئ طبيبا والدرجات الاكاديمية من ماجستير ودكتوراة ليست معيارا للتدريب الطبي بل هي كما في كل العالم درجات بحثية أكاديمية والحقيقة المخجلة أن معايير رسائل الماجستير والدكتوراة في مصر وطريقة الاعداد وطريقة الاشراف والتقييم هي شيء يخجل منه اي منتم للعلم ... نحن نهينه حقا برسائلنا ياسادة

حسنا .. وانطلاقا من عقلية الحل التي نسعي لتبنيها .. فان السؤال .. كيف يمكن تطوير منظومة التدريب في مصر ؟

الحقيقة تكمن في ... توحيد فلسفة وطريقة التدريب .. التوزيع الجيد والمعايير العالمية

في كل بلاد العالم حتي في أفريقيا .. يتم تدريب الأطباء عن طريق برنامج موحد للزمالة المهنية

الزمالة المهنية هي برنامج يهدف الي تدريب الاطباء بصورة عملية عبر تعليمهم المهارات التي يحتاجونها في تخصصاتهم .. ولاتوجد دولة في العالم يتم فيها الترقي في التخصصات الاكلينيكية عن طريق ابحاث اكاديمية .. لذلك فإن إلغاء الترقي بهذه الطريقة حتي لنواب المستشفيات الجامعية هو ركن ركين في اصلاح منظومة التدريب

فلسفة التدريب نفسها ينبغي أن تتغير ليصبح الهدف ليس عدد السنين أو البحث الاكاديمي المجاز من مجموعة أساتذة كما هو الحال الآن بل يتحول الي تعليم الطبيب المتدرب المهارات التشخيصية والعلاجية المختلفة ليمكن الاعتماد عليه في النظام الصحي مستقبلا

في كل دول العالم تقريبا برنامج الزمالة المهنية التدريبي الموحد للاطباء ليس منفصلا عن النظام الصحي بل هو جزء مستمر وموازي لحياة الطبيب ، المعايير توضع بكل وضوح بمعني ان الحصول علي الزمالة هو تحصيل لعدد سنوات التدريب مثلا الجراحة العامة تحتاج الي ٥ سنين وسنة تخصصية فاذا ما اراد المتدرب أن يصبح أخصائي جراحة البطن فانه يقضي الـ ٣ سنين الاولي (جراحة عامة) ثم يتحول الي قسم جراحة الجهاز الهضمي ليقضي ٣ سنوات أخري فيصبح مؤهلا باللوج بوك المعتمد الي دخول امتحان الزمالة (النظري ،الشفوي والعملي)وحين يجتاز الامتحان يحصل علي درجة الاخصائي

اذن لاتحتاج ان تقدم استمارة لبرنامج الزمالة عند بدء التدريب .. أنت تقضي سنوات التدريب كما يتأتي من خلال برنامج التوزيع للتخصص الذي ترغب فيه (وفقا للاحتياجات والرغبات) عبر تكليف وزارة الصحة الذي وفقا لخطة (اعادة توزيع المنشآت العلاجية) لن يكون في الوحدات الصحية

حسنا فلنراجع سويا ليس هناك ترقي عن طريق الرسائل الاكاديمية البحثية ،الترقي عن طريق التدريب الاكلينيكي وحده ضمن برنامج الزمالة الموحد

برنامج الزمالة يشمل كل الاطباء المتخرجين الذين سيكلفون بالعمل في الوزارة في مستشفياتها

(السؤال المهم (أين سيتدرب الأطباء ؟

الحقيقة أن برنامج الزمالة الحالي يجعل مستشفيات معينة أماكن صالحة لتدريب برنامج الزمالة وأخري لاتصلح وهو الخطأ الذي أدي لفشل البرنامج فيما أري حيث يمكن استغلال المستشفيات وفقا لخطة اعادة التوزيع الوارد ذكرها في المحور الأول

نضرب مثالا ... يتخرج الطبيب س بعد الامتياز فيقدم رغباته في ادارة التكليف لنيل فرصة تدريب كطبيب مقيم في القلب والاوعية الدموية .. هذا تخصص باطنة مما يعني أنه عليه أن يقضي الـ ٣ سنين الأولي كطبيب باطنة عامة .. يتم النظر الي رغباته الجغرافية ومقارنتها بالفرص ويتم البحث له عن مستشفي من الحاملين للرقم التصنيفي ١ أو ٣ يقضي الطبيب سنته الأولي في مستشفي ١ ثم يقدم (اللوج بوك) الخاص به والمهور بتوقيع الاخصائي بمايفيد بانه اجتاز السنة الاولي .. فتقوم ادارة التكليف بالبحث في الرغبات الممكنة عن مستشفي تحمل الرقم التصنيفي ٣ ليقضي بها السنة الثانية والثالثة .. وبعد انتهائه من السنة الثانية والثالثة يكرر الامر حتي يتم سنواته المطلوبة للتقدم لامتحان الزمالة لنيل درجة الاخصائي

فاذا اجتاز الامتحانات وحصل علي درجة الاخصائي أمكن توزيعه مرة أخري ولكن في درجة الاخصائيين

ميزة هذا النظام أنه يوفر كمية كبيرة جدا من المستشفيات اللازمة لتدريب الاطباء لكن كيف يوفر المدربين اللازمين لبرنامج الزمالة؟

المتبادر للذهن أن مدرب الزمالة لابد أن يكون علي درجة عالية من المهارة .. وهو أمر جيد لكن غير واقعي ... لأن الطبيب س في سنته الاولي في قسم الجراحة العامة مثلا لن يحتاج لتعلم مهارات معقدة وانما هي مهارات يمكن تعلمها من طبيب في السنة الثالثة أو أخصائي ... فلماذا نشترط إذن مدربا علي درجة الاستشاري ؟

تصنيف المستشفيات و توزيع الحمل التدريبي بين الأطباء في السنة الثالثة والاخصائيين والاستشاريين يوفر مساحات عالية جدا من الامكانيات التدريبية لذلك يمكن بكل بساطة ادراج المستشفيات القروية (١) والمركزية (٣) ومستشفيات المقاطعة (٥) بل والمراكز التخصصية (٧) في برنامج الزمالة
ويمكن توفير المدربين بصورة تلقائية بالطبع ولايمكن أن نفوت هذه النقطة دون الاجابة _ عن سؤال مهم من يقيم المتدرب ؟

يقيمه من يدربه سواء كان أخصائي أو استشاري فإذا مااشتكي من تقييم ظالم له فإنه يقدم شكوي لبرنامج التدريب بالوزارة والذي يجري له حوكمة عن طريق ارساله لمستشفي بعيدة لمدة اسبوع بصورة عشوائية وهناك يتم تقييمه بحيادية

المحور الثالث : سياسة العلاج والتمويل بالقطاع الصحي

حقيقة قاطعة لابد أن ننطلق منها هو أنه لابديل عن مشروع قومي عاجل للتأمين الصحي يشمل ليس فقط المصريين ولكن كل من هو داخل حدود مصر ويعيش تحت أرضها ... وأذكر أن السفارة الألمانية قد نبهت علي بأنه لابد لي إذا أردت الحصول علي تأشيرة دخول للجمهورية الاتحادية .. ليس فقط بلزوم وجود تغطية من أحد شركات التأمين لفترة الاقامة بل لابد من كون التأمين ساريا داخل أوروبا جميعها وأن يغطي يوم الرحلة كذلك !!!

لايمكن في القرن الواحد والعشرين وبعد ثورة قاد اندلاعها بالاساس ظروف اجتماعية في منتهي السوء .. لايمكن أن نتخيل مواطنا مصريا لايحظي بدعم التأمين الصحي الذي يجعله ينام في بيته لايخشي أن يدهم أحد أبناءه وعكة صحية ما يضطر علي إثرها إلي الاقتراض بقية الشهر .

التأمين الصحي الكامل هو سياسة الوزارة العامة بمعني أنه يغطي كل الاحتياجات المعيارية للرعاية الصحية

للتأمين الصحي رأسان : كيفية التمويل و كيفية الانفاق

المشكلة الرئيسية في مصر هي تعدد صور الانفاق واختلافها وتباينها الشديد .. بمعني أن جراحة الزائدة الدودية لشاب ما .. قد يجريها جراح في عيادته .. أو يجريها طبيب مقيم في مستشفي عام .. أو يجريها أستاذ في مستشفي جامعي ... وقد يجريها طبيب ما في مستشفي خاص متنوع المصاريف من بضعة مئات وحتي عشرات الالاف في مستشفي استثماري باسعار باهظة

وهذا التباين يعني ببساطة فشلا عميقا في إدارة المنظومة الصحية لأنه يعني أنه لامعيار للخدمة يتم علي أساسها التقييم

إذا ماهو الحل ؟

الحل يكمن في توحيد معايير الانفاق بمعني توحيد أسعار المعاملات الطبية مثلا جراحة الزائدة الدودية لابد أن يكون لها معيار مالي صحيح تم حسابه بمهنية ليست مغرقة في رأسمالية انتهازية ولا مبعدة في اشتراكية تغمط الناس حقوقها

الاقتراح العام أن تكون هيئة التأمين الصحي هي الممول الحصري للقطاع الصحي بمعني أن أموال المواطنين المستقطعة من رواتبهم أو المدعومة من الدولة أو من أي مصدر تمويل تذهب جميعها إلي خزانة هيئة التأمين الصحي التي بدورها تحدد أسعارا لكل الخدمات الطبية .. معايير عادلة وعالمية

التمويل والانفاق يكون علي وجهين :تمويل معياري لانفاق معياري وتمويل متميز لانفاق متميز
مالذي نعنيه بهذا الكلام ؟؟

هناك معيار للخدمة الصحية هو الحد الادني من تقديم الخدمة الصحية وهو كذلك البروتوكول العالمي

وهناك خدمة متميزة هي تطبيق هذا البروتوكول ولكن بصورة أكثر تميزا لكنها تستلزم بالتالي أموالا أكثر يدفعها طالب الخدمة

لنضرب مثالا .. موظف بأحد المصالح الحكومية ينتمي للشريحة المعيارية في التمويل والانفاق .. حين يحتاج لتداخل طبي مثلا لاجراء فتق جراحي فإن البروتوكول المعياري لتقديم الخدمة الصحية يسمح بأن يكون الطبيب المقيم هو مقدم الخدمة الصحية تحت اشراف الاخصائيين والاستشاريين ورئيس القسم طبعا .. هذا يعني أنه يستقطع من راتبه جزء معين وليكن مثلا ٧.٥٪ ليتم تقديم الخدمة الصحية المعيارية له

موظف آخر يطلب تقديم خدمة متميزة له يعني أن يستقطع من راتبه مبلغ أكبر وليكن ١٠ ٪ .. وحين يحتاج لنفس التدخل الجراحي لعملية الفتق ... فإن البروتوكول المتميز يقضي بأن يجري هذه العملية رئيس قسم أو استشاري الجراحة .
هكذا تتحقق عدالة الحق في تقديم خدمة صحية متميزة كمالانغمط الناس حقها في تقديم خدمة يرضون عنها

ليس هناك في نظم التأمين الصحي المحترمة أي تعاملات مادية بين المريض والمؤسسة الصحية الا في نطاق ضيق للغاية أما ٩٥ ٪ من الأموال المستحقة فتدفعها هيئة التأمين الصحي وهي بدورها المسئولة مع لجنة التقييم في وزارة الصحة بتصنيف المستشفيات من ١ الي ٧
بمعني أن لجنة التقييم هي لجنة فنية ولهيئة التأمين الصحي الحق في الاعتراض علي التعامل مع مستشفي معينة اذا كان ثمة خدمة دون المستوي تقدمها المستشفي وهذا مما يقوي التنافسية في القطاع الصحي للحصول علي الاعتماد الذي بالمناسبة يشمل كذلك تقييم المستشفيات الجامعية والخاصة بل والعيادات الخاصة التي تخضع للمعايير الموحدة لان الانفاق واحد من هيئة واحدة